

**SUFFOLK COUNTY HUMAN RIGHTS COMMISSION**  
**H. Lee Dennison Building**  
**100 Veterans Memorial Highway**  
**P.O. Box 6100**  
**Hauppauge, New York 11788-0099**  
**(631) 853-5480**

**POR FAVOR COMPLETE ESTA INFORMACION Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA DIRECCION ARRIBA INDICADA**

**ESTOS FORMULARIOS NO SON UNA QUERRELLA VERIFICADA. SON SOLAMENTE PARA PROPOSITOS DE INFORMACION**

*Por favor usar letra de imprenta.*

Nombre \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer Nombre Segundo*

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

1. Por favor indique su:

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Orígen Nacional \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Educación/ultimo grado de educación \_\_\_\_\_

2. Nombre y dirección legal de la compañía que discriminó contra usted: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. El nombre y título de la persona o personas en la compañía que le causó su problema: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. Que clase de compañía/organización está usted quejandose?  
 Restaurante  Tienda  
 Departamento de Bomberos  Escuela  
 Agencia de Gobierno  Club  
 Banco  Agencia de Beneficencia  
 Otro: \_\_\_\_\_
5. Que le hizo la compañía a usted? (por favor marque todo lo que le aplique)  
 Comodidades Públicas (Restaurante/Tienda, etc) Otros  
 Negó servicio  Suspendió de la Escuela  
 Negó membrecía  Escuelas  
 Terminó membrecía  Negó Crédito/Préstamo  
 Negó hospedaje/servicio  Negó Aplicación  
 Otro: \_\_\_\_\_
6. Describa lo que le sucedió que usted cree que fué discriminatorio. Incluya cada evento, la fecha (s) cuando sucedió y los nombres y títulos de todas las personas envueltas . **Agregue páginas adicionales si es necesario.**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. Le dió la compañía alguna razón por lo que le hizo a usted?  Sí  No  
 Describa la razón \_\_\_\_\_

---

---

8. Cuál cree usted que fué la razón real? Discriminación\* por...

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Credo/Creencias religiosas                        | <input type="checkbox"/> Opuso Discriminación |
| <input type="checkbox"/> Orígen Nacional/Antepasados                       | <input type="checkbox"/> Embarazo             |
| <input type="checkbox"/> Condición Física/Mental<br>(sea real o percibida) | <input type="checkbox"/> Hostigamiento Sexual |
| <input type="checkbox"/> Estado Familiar (vivienda solamente)              | <input type="checkbox"/> Raza/Color           |
| <input type="checkbox"/> Orientación Sexual                                | <input type="checkbox"/> Uso de perro guía    |
| <input type="checkbox"/> Sexo  | <input type="checkbox"/> Edad                 |
| <input type="checkbox"/> Estado Civil                                      | <input type="checkbox"/> Otro (explique)_____ |

**\*Note: Si usted cree que la razón no fué por discriminación, por favor llame por teléfono a nuestra oficina y pida hablar con un investigador.**

9. Para casos de incapacidad: Cuál es su incapacidad? \_\_\_\_\_

---

Usted pidió ayuda?\_\_\_\_\_ Que clase de ayuda?\_\_\_\_\_

10. **La fecha original de discriminación:**\_\_\_\_\_

11. **La fecha más reciente de discriminación:**\_\_\_\_\_

12. El condado donde ocurrió la discriminación: \_\_\_\_\_

13. Ha registrado ésta querrela con alguna otra agencia o un tribunal por éste mismo caso? [ ] Sí [ ] No Cuál agencia o tribunal?\_\_\_\_\_

14. Si tiene algún testigo conteste lo siguiente: **(use otro papel si es necesario)**

#1 Nombre: \_\_\_\_\_ Título:\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_

Ciudad/Estado\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_

De que fué testigo esta persona #1? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#2 Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

De que fué testigo esta persona #2? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#3 Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

De que fué testigo esta persona #3? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Tiene algún papel, registro o documentos que nosotros podamos mirar que pruebe su caso? \_\_\_\_\_

16. Que clase de documents tiene usted? Por favor traiga todos los papeles y documentos con usted cuando venga a la cita \_\_\_\_\_

17. Algo más que nosotros debamos saber? \_\_\_\_\_

18. Cuales han sido sus pérdidas? Como puede su problema ser resuelto?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Que remedio razonable usted está buscando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Nombre, dirección y número de teléfono de alguien que siempre nos pueda informar como comunicarnos con usted:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

21. Como usted supo de la Comisión de Derechos Humanos del Condado de Suffolk? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Recuerde: Por favor traiga TODOS LOS DOCUMENTOS que estén relacionados para soportar su queja, o que suporten la información que usted nos acaba de dar.**

Yo certifico que ha mi se me han explicado los procedimientos de la Comisión y yo entiendo que este formulario no es una querrela formal. Yo entiendo que si mis alegaciones están dentro de la jurisdicción de la Comisión, yo podría llevar mi querrela formal hasta la División Estatal de la Comisión de Derechos Humanos ( y con la Comisión de Igualdad de Oportunidad de Empleos) en las oficinas de la Comisión de Derechos Humanos del Condado de Suffolk, o podría solicitar que la Comisión investigue el hecho en una forma informal para determinar si la situación puede ser resuelta de una manera más rápida sin la necesidad de llegar a una querrela formal.

Yo solicito que la Comisión de Derechos Humanos del Condado de Suffolk tome cualquier acción que sea necesaria para su investigación, y por ende doy mi autorización para que cualquier información contenida en este formulario sea revelada a cualquier personas que sea necesario. Y también autorizo a la Comisión para que examine mi archivo de trabajo, mi archivo médico o cualquier otro archivo pertinente, y reciba las copias necesarias sobre éste particular, así como para obtener cualquier información que sea requerida en la investigación de éstas alegaciones.

---

*Firma*

---

*Fecha*